

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) и порождаемая им тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) продолжают оставаться одним из наиболее частых и опасных осложнений многих заболеваний и оперативных вмешательств [1]. Эпидемиологические данные показывают, что частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет 160 на 100000 с частотой фатальной ТЭЛА 60 на 100000 населения. Более 25% случаев ТГВ и ТЭЛА связаны с различными оперативными вмешательствами [2]. По данным Национального института здоровья США, частота возникновения ТГВ при ортопедических операциях колеблется в пределах 45-70%, а фатальные легочные эмболии наблюдаются в 3% случаев [3]. Не менее тревожна ситуация в акушерстве. В экономически развитых странах ТЭЛА занимает I-III места в структуре материнской смертности. Замедление кровотока в глубоких венах нижних конечностей также отмечается у терапевтических больных. По обобщенным данным, частота ТГВ у больных инфарктом миокарда составляет в среднем 24%, а при инсульте 42% [4]. До настоящего времени диагностика тромбоза глубоких вен нижних конечностей является трудной задачей. Клинически диагностируемые тромбозы и эмболии часто представляют видимую «вершину айсберга», так как в ряде случаев венозный тромбоз протекает бессимптомно. При целенаправленном клиническом обследовании нижних конечностей больных с верифицированным диагнозом, клинические признаки выявляются лишь в одной трети наблюдений

[1,4]. Именно поздняя диагностика и приводит к несвоевременному началу лечения и проведению мероприятий, направленных на профилактику ТЭЛА. Лечение флеботромбозов остается актуальной задачей до настоящего времени.

Целью исследования являлась изучение возможностей диагностики и выработки тактики лечения острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы: В основу работы положены результаты диагностики и лечения 235 больных с острым флеботромбозом глубоких вен нижних конечностей, находившихся на лечении в отделенческой клинической больнице на станции Витебск с 1995г по 2004г. (мужчин-114, женщин-121). Средний возраст пациентов от 15 до 88 лет ($55,09 \pm 14,8$ года). Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (УЗИ, ретроградная илеокавография) методы исследования.

Результаты. Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 128 (54,4%) больных, правосторонняя - у 105 (44,6%) больных, двусторонняя - у 2 чел. (0,85%) больных. Илеофemorальный тромбоз выявлен у 32 пациентов, тромбоз бедренной вены-33, тромбоз подколенной вены - 44, тромбоз вен голени - 86, тромбоз мышечных синусов голени - 40. У 5 больных венозный тромбоз осложнился ТЭЛА. Детальное изучение клинических проявлений позволило выявить, что отек имелся у 128 больных. Наиболее информативными оказались пробы Гоманса и Мозеса, они были положительными у 103 (43,8%) больных. У остальных пациентов клиническая симптоматика была стертой, имелась умеренная пастозность дистальных отделов и неясные болевые ощущения.

В основе тромбогенеза всех видов лежат нарушенные функциональные реакции сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза. Определенную роль в диагностике данной патологии, играет исследование системы коагуляционного гемостаза [5]. Анализ результатов исследования гемокоагуляции показал, что при активной стадии острого флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей по сравнению с неактивной наблюдается укорочение тромбообразования на 17,1%, толерантности плазмы к гепарину на 37,5%, концентрации фибриногена на 23,86%, укорочение активированного частичного тромбопластинового времени 27,8%, активированного времени рекальцификации 23,9%.

Из 8 изученных нами показателей коагуляционного гемостаза 6 оказались информативными для оценки тромботического состояния

крови. Информативная ценность каждого показателя различна и определяется степенью сдвига по отношению к норме. Наибольшей информативностью обладают время тромбообразования, толерантность плазмы к гепарину, концентрация фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время, активированного времени рекальцификации.

Ключевой структурой венозной стенки, ответственной за продукцию большинства медиаторов межклеточных взаимодействий, является эндотелий вен. На ранних стадиях заболевания нарушения функции эндотелия являются тонкими и селективными. Некоторые авторы [6,7,8] используют количество циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), слущенных из сосудистой стенки и циркулирующих в периферической циркуляции, как критерий повреждения эндотелия при венозном стазе. Нами обследованы 33 пациента в активную стадию процесса в возрасте от 23 до 78 лет. Количество ЦЭК в контрольной группе оказалось равной $63,59 \pm 13,32$ клеток/100 мкл. Жизнеспособность составила 100 %. У пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей в активную стадию процесса количество ЦЭК оказалось равной $84,57 \pm 11,46$ клеток/100 мкл. Жизнеспособность составила $86,88 \pm 12,89$ %. Таким образом, при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей в активную стадию отмечается увеличение количества ЦЭК, сопровождающееся снижением их жизнеспособности.

Развитие диагностических тестов, способных определять сосудистые изменения на ранних стадиях, могли бы сделать идентификацию пациентов с риском возникновения и прогрессирования заболевания сосудов и обеспечить средства терапии под соответствующим мониторингом.

Диагноз подтверждался ультразвуковым исследованием глубоких вен. Определялось наличие тромботических масс, характер тромбоза, протяженность тромбированного венозного сегмента, состояние коллатерального венозного оттока. При динамическом исследовании в процессе развития заболевания и его лечения, по ультразвуковой картине судили о реканализации тромба.

Тактика лечения основывалась на данных обследования. В случае выявления флотирующего тромба в бедренном или подвздошном сегментах в экстренном порядке производилась ретроградная илеокаваграфия и выполнялось оперативное вмешательство. Методом выбора являлась чрескожная имплантация кава-фильтра. Летальных исходов не было. Во всех остальных случаях применялась стандартная консервативная терапия с обязательной эластической компрессией нижних конечностей. Назначалось введение

антикоагулянтов прямого действия (гепарин, фраксипарин, клексан), непрямого действия (фенилин, варфарин), антиагрегантов (аспирин, курантил), ангиопротекторов (пентоксифиллин), применение флеботропной терапии. Антикоагулянты прямого действия под контролем свертывающей системы крови отменялись и больная переводилась на антикоагулянты непрямого действия. Доза фенилина рассчитывалась индивидуально под контролем протромбинового индекса (ПТИ) и международного нормализованного отношения (МНО). После выписки из стационара пациентом рекомендован дальнейший прием антикоагулянтов непрямого действия и антиагрегантов до 6 месяцев под контролем ПТИ и МНО, высокая эластическая компрессия обеих нижних конечностей.

Выводы.

1. Избежать угрозы развития ТЭЛА можно путем ранней диагностики венозного тромбоза и своевременного рационального лечения, направленного на предотвращение возможной миграции тромботических масс.

2. Диагностические мероприятия должны включать клиническое исследование, исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику и при необходимости ретроградную илеокаваграфию.

3. Определение концентрации числа ЦЭК может служить дополнительным диагностическим критерием для оценки активности процесса при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей.

4. Абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству является флотирующий тромбоз илеокавального сегмента. Комплекс консервативной терапии является эффективным и патогенетически обоснованным.

5. Все пациенты после стационарного лечения подлежат наблюдению коагулопатолога и хирурга поликлиники с проведением реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. А. А. Басешко. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии - М. - 2000 - 136 с.

2. В. С. Савельев. Профилактика послеоперационных венозных тромбозов и осложнений // Consilium medicum. Т. 2/ N 4/ 2000.

3. Н. И. Аржакова, В. А. Новосельцева, Е. Э. Бровкина, Е. Е. Бирюкова. Применение клексана в профилактике тромбозов и осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Пирогова. - 1998 - №3 - С 40-46

4. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др. Под ред В. С. Савельева - М.: Медицина, 2001 - 664 с.

5. З. С. Баркаган, А. П. Момот. «Основы диагностики нарушений гемостаза» 1999г

6. Michiels C., Arnould T., Thibaut-Vercruyssen R. et al. Perfused human saphenous veins for the study of the origin of varicose veins: role of the endothelium and hypoxia // *Int Angiol* - 1997. - Vol.16, № 2. - P. 134-141

7. Janssens D., Michiels C., Guillaume G. et al. Increase in circulating endothelial cells in patients with primary chronic venous insufficiency: protective effect of Ginkor Fort in a randomized double-blind, placebo-controlled clinical trial // *J. Cardiovasc. Pharmacol* - 1999 - Vol.33, №1. - P. 7-11.

8. С.А.Сушков, А.П.Солодков, Ю.С.Небылицин, Ж.В.Хотетовская. Концентрация стабильных продуктов деградации NO и число циркулирующих эндотелиоцитов как дополнительный диагностический критерий для оценки тяжести венозной патологии. //Дисфункция эндотелия. 3-я международная научно-практическая конференция - Витебск, 2004.-С 247-251